

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)



Cuestionario de la vacunación de niños y adolescentes

Para padres/guardianes legales: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas puede recibir su hijo hoy. Si una pregunta no está clara, favor de pedirle a la enfermera o al médico que se la explique.

- | | Sí | No | No sabe |
|--|-------|-------|---------|
| 1. ¿Está el niño enfermo hoy? | _____ | _____ | _____ |
| 2. ¿Está el niño o la niña tomando algún medicamento/medicina/jarabe? | _____ | _____ | _____ |
| 3. ¿Es el niño alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? | _____ | _____ | _____ |
| 4. ¿Tiene su niño o la niña un problema médico continuo/seguido? | _____ | _____ | _____ |
| 5. ¿Ha tenido el niño alguna reacción seria a las vacunas en el pasado? | _____ | _____ | _____ |
| 6. ¿Ha sufrido el niño algún ataque o problema del cerebro? | _____ | _____ | _____ |
| 7. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico? | _____ | _____ | _____ |
| 8. ¿Ha tomado el niño cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos anticáncer o ha estado expuesto a un tratamiento con rayos X durante los últimos 3 meses? | _____ | _____ | _____ |
| 9. ¿Ha recibido el niño una transfusión de sangre o plasma, o ha recibido un medicamento llamado "gamaglobulina inmunológica" durante el último año? | _____ | _____ | _____ |
| 10. ¿Está la niña embarazada o alimentando al pecho o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? | _____ | _____ | _____ |
| 11. ¿Ha recibido el niño alguna vacuna durante las últimas 4 semanas? | _____ | _____ | _____ |
| 12. ¿Alguna vez, el niño o la niña se a desmayado cuando se le a sacado sangre o se le a puesto una inyección? | _____ | _____ | _____ |
| 13. ¿La siguiente pregunta es solamente para el niño o la niña que están recibiendo la vacuna de la influenza. ¿En el pasado a estado el niño o la niña paralizado/inmovilizado por el síndrome, "Guillain-Barre"? | _____ | _____ | _____ |

Este formulario ha sido completado por: _____ Fecha: _____

Comments: _____ **RN Initials:** _____